UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 129

LE

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

AVANT LA 20E ANNÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1920

PAR

César LUSINCHI

Né à Bastia (Corse), le 26 Février 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse (*Assesseurs.*)

- ESTOR, professeur, *président.*
- VALLOIS, profes.
- GRYNFELTT, agrégé.
- P. DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

LE CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

AVANT LA 20e ANNÉE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 129

LE

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

AVANT LA 20E ANNÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1920

R. UNIV.
BLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

César LUSINCHI

Né à Bastia (Corse), le 26 Février 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse { ESTOR, professeur, *président.* / VALLOIS, profes. / GRYNFELTT, agrégé. / P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲)..... DOYEN.
N... ..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM.	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✲).
Physique médicale.....		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (O ✲)
Physiologie.....		HEDON (✲).
Histologie.....		VIALLETON.
Clinique médicale.....		DUCAMP (✲)
Anatomie.....		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....		VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....		MASSABUAU (⚜)
Chimie biologique et médicale.....		DERRIEN (⚜).
Microbiologie.....		N...
Pathologie interne.....		N...
Clinique médicale.....		N...
Médecine légale et toxicologie.....		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM	DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto rhino-laryngologie.....		MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...		VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...		JEANBRAU (O ✲ ⚜) a. l. (ch. de c
Médecine opératoire.....		SOUBEYRAN ✲ ⚜, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....		RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.		EUZIÈRE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....		P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....		CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....		LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie.....		WATON ✲ (⚜) doct (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ⚜).	J. DELMAS (⚜).	
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. ESTOR, prof., *Président.* | MM. GRYNFELTT, agrégé
VALLOS, professeur. | P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions emises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MON EXCELLENT AMI LÉON BAYLET

PROFESSEUR AU LYCÉE DE BORDEAUX

Qui fut toujours pour moi un guide précieux et affectueux.

A MES AMIS

C. LUSINCHI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE MARSEILLE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

C. LUSINCHI.

PREFACE

Avant de commencer ce modeste travail, qu'il nous soit permis de venir remercier très vivement et très respectueusement nos maîtres qui ont contribué à faire notre éducation médicale et qui, par leur exemple, ont développé en nous l'amour de la médecine et des malades.

Nos remerciements vont particulièrement à Messieurs les professeurs Imbert, Reynès et J. Fiolle, Alezais et Audibert, de l'Ecole de médecine de Marseille, à qui nous devons les premières notions que nous avons acquises soit dans leur service, soit dans le cours de leurs excellentes cliniques.

Nous avons gagné, à Montpellier, en écoutant les brillantes leçons de Messieurs les professeurs Forgue, Ducamp, Riche et Etienne, un inestimable complément d'instruction dont nous leur avons une vive gratitude.

C'est pour nous un devoir d'adresser un hommage ému à la mémoire de notre regretté Maître, le professeur Rauzier, dont les cliniques à l'Hôpital Suburbain nous ont été infiniment précieuses.

Monsieur le professeur Estor nous a fait, avec la meilleure grâce, le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous devons beaucoup à son lumineux enseignement que nous avons eu le bonheur de suivre durant notre stage à la clinique chirurgicale infantile et nous le

prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous adressons également l'assurance de notre profonde gratitude à Monsieur le professeur Etienne pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et la sympathie qu'il nous a témoignée. C'est à lui que nous devons l'idée de notre thèse pour laquelle il a bien voulu nous communiquer ses observations personnelles, ses recherches et ses travaux antérieurs.

LE

CANCER PRIMITIF DE L'OVAIRE

AVANT LA 20ᵉ ANNÉE

INTRODUCTION

Le néoplasme malin s'attaquant primitivement à l'ovaire constitue, au dire des différents auteurs classiques, une rareté pathologique dont l'histoire clinique et l'anatomie pathologique étaient encore mal connues jusqu'à ces dreniers temps. Nos maîtres, MM. les professeurs Massabuau et Etienne, sont parvenus, néanmoins, à en réunir la somme appréciable de 250 observations dans le remarquable travail qu'ils publièrent en 1913 sur « Le cancer primitif de l'ovaire » (1); encore, ces auteurs prirent-ils le soin de proscrire scrupuleusement de leur étude tous les cas douteux pouvant être interprétés comme des transformations carcinomateuses, des tumeurs kystiques, les néoplasies vé-

(1) Massabuau et Etienne. Le cancer primitif de l'ovaire. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mars 1913, p. 225 à 262.

gétantes et papillaires, ainsi que les autres tumeurs malignes primitives, telles que le sarcome ou l'endothéliome. Les malades en cause étaient d'âge très divers mais la statistique dressée par MM. Massabuau et Etienne démontrait de façon évidente que des atteintes plus nombreuses se rencontraient durant la vie génitale. Sur l'instigation de M. le professeur Etienne, et à l'occasion d'un cas observé par lui et Aimes (1), dans le service de notre maître M. le professeur Estor, il nous parut intéressant de colliger tout particulièrement les observations ayant trait à des malades très jeunes — au-dessous de la vingtième année — en complétant, dans la mesure possible, le travail de notre maître par la recherche des cas signalés depuis 1911. Nous regrettons bien vivement que les circonstances actuelles ne nous aient pas permis de retrouver, tant aux bibliothèques de Montpellier que de Strasbourg, certaines observations publiées ces dernières années dans des revues étrangères Au reste, elles sont si peu nombreuses qu'elles ne nous auraient pas davantage autorisé à émettre des conclusions décisives.

On pourrait, à juste titre, s'étonner que nous ayons pris arbitrairement la vingtième année comme limite d'âge des cas soumis à notre étude; la raison de ce choix est que nous n'avons retrouvé, avant vingt ans, aucun accouchement ni aucun avortement avoué.

---

(1) Etienne et Aimes. Cancer de l'ovaire chez une fillette de 8 ans et demi. *Bull. Soc. sc. méd. Montpellier,* 1913.

HISTORIQUE

Il serait fastidieux de signaler ici toute la littérature parue sur le cancer de l'ovaire, en général, depuis le début de ce siècle. L'histoire détaillée en est faite d'ailleurs dans la publication de nos maîtres Massabuau et Etienne : nous jugeons inutile de la reproduire, d'autant que tous les auteurs cités traitent de cette affection à tous les âges.

Klauhammer en Allemagne est le seul jusqu'ici, croyons-nous, à avoir produit un travail d'ensemble sur le cancer ovarien chez les enfants ; malheureusement, nous ne pouvons donner la moindre appréciation sur sa thèse que nous ne sommes pas parvenu à nous procurer.

Quelques observations, dont on trouvera plus loin les résumés, ont été nos uniques sources de renseignements, encore qu'elles soient trop souvent incomplètes.

ETIOLOGIE

Malgré tout l'intérêt qui s'attache justement à une telle détermination, nous n'entreprendrons pas l'étude des causes des tumeurs cancéreuses de l'ovaire. Là, comme ailleurs, le cancer se développe le plus souvent sans cause connue, et l'influence la moins incontestable de toutes, celle du traumatisme que les malades invoquent si volontiers pour les tumeurs du sein, notamment, ne se retrouve pas dans les diverses observations que nous présentons.

A l'encontre des autres organes l'ovaire peut être, avec une fréquence relative, le point de départ de néoplasies malignes chez des sujets très jeunes et cela sans qu'il soit permis d'invoquer, ainsi que nous le verrons, les troubles menstruels, non plus que les excitations sexuelles.

L'influence de l'hérédité, celle de la diathèse néoplasique de Verneuil restent ici aussi obscures que pour les autres tumeurs malignes, de même du reste que la théorie parasitaire, malgré les actives recherches de ces dernières années que nous nous bornerons à signaler.

La répartition exacte des malades, suivant l'âge, nous donne :

De 0 à 5 ans.....	2 cas
De 0 à 10 ans.....	8 cas
De 10 à 15 ans.....	13 cas
De 15 à 20 ans.....	13 cas

La date à laquelle sont apparus les premiers symptômes n'étant que rarement mentionnée dans les observations que nous avons parcourues, nous nous sommes vu obligé de faire notre classification d'après l'âge au moment de l'intervention.

Il suffit de jeter un regard sur le tableau qui précède pour se rendre compte que la fréquence des cas subit une progression jusqu'à l'époque de l'apparition habituelle des premières règles, époque à laquelle elle atteint son maximum, ce qui semblerait confirmer l'assertion de nos maîtres Massabuau et Etienne : « Le cancer de l'ovaire est plus fréquent au cours de la vie génitale ». Mais, comme nous le disions plus haut, il nous est impossible d'invoquer les troubles menstruels comme facteur étiologique, attendu que l'âge où s'est montré le premier flux et sa régularité par la suite ne nous sont indiqués que pour dix cas seulement.

Voici du reste de quelle façon ils se répartissent :

Menstrues régulières avec début à 13 ans.....	2 cas
Menstrues régulières avec début à 14 ans.....	2 cas
Menstrues irrégulières	1 cas
Menstrues régulières avec début à 15 ans.....	2 cas
Menstrues régulières avec début indéterminé.....	2 cas
Absence	2 cas

Aucune grossesse ni aucun avortement ne sont signalés chez nos 36 malades.

Quant à leurs antécédents pathologiques personnels ils sont peu chargés ou même nuls chez la plupart, et c'est à peine si nous relevons la rougeole chez deux d'entre elles (obs. I et III) ; la scarlatine ne se trouve qu'une fois (obs. I) ; l'entérite du jeune âge et l'appendicite, une seule fois également (obs. I et XXI) ; les affections pulmonaires, en-

fin, ne sont représentées que par une bronchite et une pneumonie (obs. I et XXII) ; l'hérédité ne nous a paru intéressante que dans deux cas seulement : dans le premier (obs. XI), le père et la mère de la malade étaient atteints de tuberculose ; dans le second, la mère avait succombé à un cancer du sein (obs. XXII)..

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes du cancer de l'ovaire peuvent se grouper en trois périodes : une période de début, une période d'état et une période terminale.

Début. — Malheureusement le début ne présente, bien souvent, rien de très caractéristique. Nombre d'auteurs ont cependant insisté sur la fréquence et la précocité des douleurs survenant parfois de façon insidieuse, et d'autres fois sous forme de crises paroxystiques qui ont pu — surtout lorsque l'affection siégeait sur l'ovaire droit — en imposer pour des coliques appendiculaires (obs. XXI, due à Lahey et Haythorn). Ces douleurs siègent, le plus ordinairement, dans le bas-ventre d'où elles s'irradient vers les hypocondres et la région lombaire, souvent aussi vers la racine des cuisses, avec exagération à l'occasion de la marche (obs. I et XXII). Dans un cas (obs. XXI) la malade se plaignait exclusivement de douleurs épigastriques mais il s'agissait là d'une métastase précoce au niveau de la grande courbure de l'estomac. L'intensité des phénomènes douloureux est, par ailleurs assez variable : tantôt très légers et même absents (obs. II, V, VIII), ils peuvent devenir extrêmement vifs et lancinants. Le second symptôme qui attire l'attention de la malade ou de sa famille est l'augmentation de volume du ventre, mais il n'est pas rare

qu'il précède même l'apparition des douleurs. Cette augmentation qui peut survenir lentement ou très rapidement (obs. II, VIII, XIV, XXVIII) n'est pas le fait de la seule tumeur ovarienne et nous verrons plus loin qu'une ascite abondante fut trouvée dans la majorité des interventions subies par les sujets dont nous nous occupons.

Nous n'avons que peu de renseignements sur les troubles menstruels présentés par nos jeunes malades à cette période de leur histoire clinique. Toutefois, nous ne remarquons pas l'aménorrhée que Dreyfus et Etienne signalent comme particulièrement fréquente à un âge plus avancé. Par contre, les métrorrhagies sont signalées trois fois comme symptômes de début (obs. I, IX, XII), et, dans le cas qui nous a été communiqué par M. le professeur Etienne, elles ouvraient seules la scène

A la période d'état, des symptômes plus nets apparaissent : la douleur s'exacerbe et devient souvent continue. Les règles ne persistent régulières que chez deux des jeunes filles en cause (obs. VI et XXXI), tandis qu'une autre souffre de dysménorrhée (obs. XX) et que d'abondantes ménorrhagies et métrorrhagies viennent affaiblir les malades observées par Gaudier (obs. XII) et Etienne (obs. I).

Quelques troubles digestifs sont à noter : ils consistent surtout en perte d'appétit, vomissements parfois (observ. XIII, XXI, XXX). La constipation, enfin, est assez fréquente.

Nous n'avons relevé comme troubles urinaires que de l'albuminurie une fois (obs. III) et de l'oligurie avec urines foncées une autre fois (obs. I).

L'étude des symptômes physiques permet, avant tout, d'apprécier l'augmentation de volume de l'abdomen, qui se montre tantôt globuleux, tantôt et plus souvent étalé par une ascite abondante. S'il y a soulèvement de la paroi

abdominale celui-ci n'est pas toujours symétrique et on l'a vu prédominer à gauche (obs. III) et ou à droite (obs. VII, XXVIII).

La mensuration pratiquée pour deux cas seulement a donné les dimensions suivantes :

Obs. I, 0,11 c. m. verticalement ; 0,19 c. m. transversalement.

Obs. III, 0, 75, c. m.

La palpation fait reconnaître, en général, que la tumeur est dure, irrégulière et mamelonnée de nodosités, avec des parties de consistance inégale. Le volume en est assez variable : depuis la grosseur d'une mandarine jusqu'à celle d'une tête d'adulte, tous les intermédiaires se rencontrent. La limite supérieure était, dans la plupart de nos cas, au-dessous de l'ombilic, mais Bérent (obs. III) l'a signalée au niveau de l'appendice xyphoïde, et Grunert au contact du rebord costal gauche (obs. XIV).

Il est rare que la tumeur ne soit pas mobile. Vignes, avant nous, avait fait également cette constatation et y voyait la raison d'interventions relativement plus favorables chez les sujets jeunes dont les tumeurs ont ordinairement une croissance plus rapide qui peut, dans une certaine mesure, empêcher ou restreindre les adhérences aux organes voisins.

La douleur est parfois réveillée par la palpation (obs. VI, XIII) mais le fait n'est pas constant (obs. I). A la percussion la matité n'est pas la règle, ainsi qu'on pourrait s'y attendre, puisque deux auteurs nous disent avoir trouvé du tympanisme (obs. XIII et XXVII).

Le toucher vaginal, lorsqu'il a été possible, et mieux encore le toucher combiné au palper, fournit un précieux complément de renseignements sur la forme, la situation,

la consistance et la mobilité de la tumeur, ainsi que sur l'état du vagin, du col, de l'utérus et des annexes. Le col avait conservé le type infantile chez la jeune fille examinée par Jouon (obs. XVI) ; chez d'autres il était parfaitement normal, mais on le trouvait très haut, caché derrière la symphyse et dirigé en arrière et à gauche (obs. XXII). Quant à l'utérus sa position dépend du côté où se fait le développement tumoral qui le rejette en sens opposé, à gauche par exemple dans le cas rapporté par l'observation V. Il est, le plus souvent, indépendant de la tumeur, mais celle-ci vient bomber dans les culs-de-sac qu'elle oblitère (obs. VI, XXII).

Le toucher rectal, indiqué uniquement dans l'observation XXVIII, n'a pas permis d'ailleurs d'atteindre l'ovaire néoplasique.

L'état général qui a paru n'être que peu ou pas influencé dans un petit nombre de cas (obs. II, V, VIII, XIV), où seule une certaine pâleur attirait l'attention d'abord, a déterminé le plus habituellement un amaigrissement rapide et une émaciation progressive. Quelques poussées fébriles irrégulières et, parfois, assez élevées, ont pu être notées entre temps chez quatre de nos malades.

Les complications survenues en cours d'évolution sont assez rares et c'est tout au plus si nous relevons des phénomènes de compression, de la dyspnée imputable à l'exagération de l'ascite (obs. II) qui se reforme vite après simple évacuation. Chez une opérée de Glockner (obs. XIII) une torsion du pédicule provoquait de vives douleurs accrues encore par la palpation ; la percussion montrait un tympanisme abdominal très marqué ; la malade avait des nausées fréquentes, des vomissements et sa température se maintenait aux environs de 38°.

La période terminale ressemble à celle de tous les cancers abdominaux, nous ne nous attarderons pas, en conséquence, à retracer le tableau banal de la cachexie et de la généralisation néoplasique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic exact de tumeur maligne ovarienne chez les jeunes semble rarement possible, et, de fait, aucun signe pathognomonique ne permet au chirurgien d'être affirmatif. Dans les trente-six observations que nous avons sous les yeux, trois fois à peine, on avait suspecté la malignité de la tumeur (obs. VIII, XVIII, XXXI), sans oser d'ailleurs préciser toujours que le point de départ en fut ovarien ou épiploïque. Souvent, en effet, les difficultés du diagnostic au début tiennent à la seule présence de signes fonctionnels que l'on ne peut regarder comme très significatifs puisqu'ils se retrouvent dans d'autres affections.

Plus tard, ainsi que l'indiquent nos maîtres Massabuau et Etienne, on pourrait se baser sur la constatation d'une ascite libre ordinairement, de quelques douleurs, des troubles menstruels, d'une altération marquée et progressive de l'état général, tous symptômes coïncidant avec la perception d'une tumeur de consistance et de forme irrégulière, plus ou moins fixée dans le pelvis.

Ces mêmes auteurs signalent qu'un tel syndrome est, malheureusement, loin d'être toujours complet. Nous ne saurions, dans le cadre restreint de ce travail, exposer tout au long le diagnostic différentiel du cancer primitif de l'ovaire : il a été traité de façon magistrale dans la monographie dont nous nous inspirons ci-dessus, et d'ailleurs ce

sont les mêmes diagnostics que le clinicien aura à éliminer successivement quel que soit l'âge du sujet examiné.

Notre rôle plus modeste se bornera à signaler les erreurs les plus fréquentes qui ont été faites pour les malades qui nous intéressent ici et nous dirons qu'elles furent parfois soignées pour une tuberculose péritonéale (obs. XII et XXI) ou opérées pour des tumeurs que l'on croyait simplement bénignes.

TRAITEMENT

Depuis Schrôder qui conseillait l'abstention, la thérapeutique chirurgicale du cancer de l'ovaire s'est considérablement enhardie. De nos jours, trois sortes d'interventions se disputent la faveur des opérateurs :

A. — La castration unilatérale ;
B. — La castration double ;
C. — La castration avec hystérectomie totale.

Chacune d'elles a ses détracteurs et ses défenseurs, en même temps que ses indications particulières, mais, tandis que la dernière semblait être préférée par beaucoup comme méthode de choix pour les cancers de l'âge moyen ou avancé, nous voyons qu'elle n'a été exécutée que deux fois (obs. VIII et XIV) dans les trente-six observations que nous rassemblons, et le résultat en fut déplorable pour des organismes délicats incapables de supporter un tel shock opératoire. C'est l'ovariotomie simple qui l'emporte (16 cas), sans doute, croyons-nous, en raison du manque habituel d'adhérences et de métastase apparente redevables à la croissance rapide de la tumeur. L'ovariotomie double vient ensuite avec sept cas, et l'hystérectomie accompagnée d'ovariotomie unilatérale avec 2 cas (obs. VI et XI). Deux autres fois les adhérences ne permirent pas une extirpation aussi complète qu'on l'eût désirée (obs. XXX, XXXV) et

une opérée de Lahey (obs. XXI) en présentait de si étendues, si solides, compliquées en outre de métastases tellement disséminées qu'il jugea préférable, après laparotomie, de s'abstenir.

Il est intéressant maintenant de comparer entre eux les résultats rapprochés et éloignés de ces diverses interventions, c'est ce que nous montrerons dans le tableau suivant:

	Nombre	Guérisons opératoires	Récidives	Mort
	—	—	—	—
Ovariotomie simple	16	13	6	9
Ovariotomie double	7	4	0	3
Hytérectomie avec conservation d'un ovaire	2	2	1	1
Hystérectomie totale	2	0	»	»
Extirpation incomplète	2	8	»	»
Abstention	1	0	»	»
Oprération sans indication	6	»	»	»

Constatons le nombre relativement élevé de récidives dans le cas d'ovariotomie simple, récidives qui étonnent d'autant plus ici que l'intervention est ordinairement plus précoce, facile et suivie rapidement de guérison opératoire dans la plupart des cas. Par contre, l'ovariotomie double, si elle offre des résultats immédiats moins engageants, n'a pas donné lieu à une seule récidive. Sans doute, l'expérience d'un nombre aussi restreint d'observations ne permet pas de porter un jugement définitif, mais nous basant sur le fait que Barris et Cestan (obs. II et V) ont enlevé un second ovaire parfaitement sain en apparence alors que l'examen microscopique y révéla une infiltration néoplasique évidente, nous nous demandons si l'ovariotomie double n'est pas à préconiser.

Quelle que soit l'opération choisie ou imposée par les nécessités, il va sans dire qu'elle gagnera en facilité et sera

d'autant mieux tolérée qu'on la tentera au plus tôt. MM. les professeurs Estor et Puech, et après eux Massabuau et Etienne, signalaient déjà, dans leur statistique portant sur le traitement du cancer de l'ovaire à tous les âges, les résultats peu satisfaisants des interventions longues et rendues difficiles par la présence d'adhérences, surtout intestinales. Elles ne furent pas moins néfastes pour nos jeunes malades dans les quelques cas où il s'en trouvait (obs. VIII, XIII, XXI).

Quant aux récidives qui ont, semble-t-il, une prédilection marquée pour l'ovaire respecté lors des ovariotomies simples, elles sont survenues dans un délai n'excédant pas une année après l'opération, avec prédominance dans les six premiers mois; le décès eût alors lieu un ou deux mois plus tard. Nous ignorons de combien a été la survie dans la majorité des cas, elle n'est, en effet, indiquée que pour cinq de nos opérées, revues en bonne santé: 1 an, 4 ans, 7 ans, 7 ans et demi, 8 ans après, et nous avons eu, précisément ces jours-ci, d'excellentes nouvelles de la fillette opérée en 1913, par notre maître M. le professeur Estor (obs. I).

Nous ne saurions prétendre, néanmoins, qu'il s'agit là de guérisons définitives et notre pronostic demeure très réservé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Voici, résumées, d'après le travail de Massabuau et Etienne, les caractéristiques anatomiques essentielles du cancer de l'ovaire : — Tumeur, unilatérale au début, de forme et de volume variables, l'épithélioma de l'ovaire présente trois types macroscopiques : solide — pseudo-kystique — kystique vraie (très rare). Il peut être inclus dans le ligament large ou pédiculé formant alors une tumeur tantôt pelvienne, tantôt abdominale ou abdomino-pelvienne. Ces tumeurs contractent rapidement des adhérences inflammatoires ou néoplasiques avec les organes voisins et se propagent très vite soit par greffes que facilite l'ascite, soit par voie lymphatique ; les ganglions les plus ordinairement envahis sont les ganglions lombaires ; la greffe sur l'ovaire opposé est fréquente et rapide.

Au point de vue histologique, MM. Massabuau et Etienne adoptent la classification suivante :

1° Epithélioma atypique de l'ovaire :

a) Alvéolaire ;

b) Cylindrique ;

2° Epithélioma à cellules claires ;

3° Epithélioma à formations chorio-épithéliales ;

4° Epithélioma à cellules lutéiniques.

L'épithélioma alvéolaire est le plus fréquent, les lésions dégénératives qu'on y rencontre aboutissent à la formation de faux kystes.

Des trois origines supposées : follicule, épithélium de surface, restes wolfiens, MM. Massabuau et Etienne ne retiennent que les deux dernières. L'épithélioma à cellules claires a été assimilé par Chenot au séminome ce qui n'est point démontré. Quant au cancer à formations chorio-épithéliales, il se présente soit comme des embryons renfermant des proliférations du type chorio-épithélial, soit comme des chorio-épithéliums purs. MM. Massabuau et Etienne défendent l'origine épithéliale pure de ces tumeurs.

Le dernier type histologique est caractérisé par des cellules orientées autour de vaisseaux sanguins. Les corps jaunes paraissent être, le plus souvent, leur point de départ.

Si nous relevons les résultats obtenus par le dépouillement de nos observations nous trouvons les chiffres suivants :

Cancer de l'ovaire droit.....	11 cas
Cancer de l'ovaire gauche.....	9 cas
Cancer bilatéral	4 cas
Cancer de côté indéterminé.....	12 cas

Il est intéressant de comparer les deux premiers chiffres avec ceux donnés par MM. Massabuau et Etienne dans leur travail : l'ovaire droit était intéressé 45 fois et l'ovaire gauche 25 fois.

Au point de vue macroscopique, nous relevons :

Cancer solide, 11 cas, dont 1 bilatéral ; cancer pseudo-kystique, 3 cas unilatéraux ; cancer kystique, 1 cas unilatéral ; cancer de type indéterminé, 23 cas.

Examinés macroscopiquement, nos cas se répartissent de la façon suivante :

1° Carcinomes ou épithéliomas alvéolaires.....	14
Squirrhes	2

2° Epithéliomas à cellules claires	0
3° Epithéliomas à formations chorio-épithéliales	1
4° Epithéliomas à cellules lutéiniques : hypernéphromes	2
5° Type indéterminé (tumeur solide)	1

Nous voyons donc que l'ensemble des données anatomiques concorde parfaitement avec les chiffres donnés par MM. Massabuau et Etienne. Dans nos observations, il n'est pas fait mention d'adénopathies.

Observation Première

Service de M. le professeur Estor, due à l'obligeance de MM. Etienne, professeur agrégé, et A. Aimes, chef de clinique.

P. M..., âgé de 8 ans et demi, entre, le 17 mars 1913, dans le service de M. le professeur Estor, pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. La mère a fait un avortement, elle a deux autres enfants en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine, une bronchite. Entérite dans le jeune âge.

Maladie actuelle. — Le début remonte au mois de février 1912, l'enfant présenta des hémorragies utérines simulant un début de menstruation, elles durèrent trente jours, peu abondantes. La santé de l'enfant ne fut pas altérée, on ne remarqua aucun autre phénomène.

En août 1912, nouvelle hémorragie, courte, peu abondante. Le 27 septembre 1912 et le 10 janvier 1913, deux chutes suivies de perte de connaissance. En janvier, grippe légère.

En février 1913, le mardi gras, nouvelle hémorragie peu abondante et de courte durée.

D'après la mère, l'abdomen d'abord un peu gros, n'a pas augmenté de volume depuis trois mois, mais depuis le mois de janvier, l'enfant se plaint de douleurs abdominales survenant à l'occasion de la marche et s'irradiant vers les hypocondres.

L'appétit et les forces ont diminué, asthénie nette.

L'enfant paraît avoir un état général excellent, mais la mère nous affirme qu'elle a maigri depuis le mois de janvier; son sommeil est agité, elle a de la dypsnée d'effort. Ses urines sont peu abondantes et d'une couleur foncée.

A l'examen: l'abdomen présente une voussure médiane. La paroi est souple, mais soulevée par une tuméfaction profonde. La palpation, indolore, révèle une très volumineuse tumeur lisse, sauf en quelques points plus irréguliers d'une mobilité extrême, indépendante de la paroi qui se mobilise très bien sur elle. La tumeur peut être déplacée dans l'abdomen avec la plus grande facilité, on peut l'amener au contact des parois latérales, la presser sur le pubis ou la faire remonter sous le diaphragme jusque dans le thorax. On ne peut percevoir aucun pédicule, les doigts enserrent la masse de tous côtés, elle est partout également mobile.

Le toucher vaginal ne permet pas de rattacher la tumeur à un pédicule génital, tout est libre du côté de l'utérus et de ses parties latérales. A travers la paroi la tumeur mesure: 11 centimètres dans le sens vertical; 19 centimètres dans le sens transversal.

Le 11 mars 1913, opération sous anesthésie à l'éther goutte à goutte. La cavité abdominale ouverte, on tombe sur une tumeur volumineuse, violacée, congestionnée, recouverte de vaisseaux nombreux et de gros calibre. Il s'écoule un peu de liquide ascitique. On limite facilement la tumeur qui est libre sur toute son étendue, sauf en arrière où se trouve une longue adhérence peu solide. La tumeur possède un très long pédicule attaché sur la corne utérine droite. Il a subi un début de torsion et est enroulé d'un demi-tour. Le pédicule est lié par transfixion et sectionné,

la tranche contient de très nombreux vaisseaux béants. On vérifie les annexes droites qui sont reconnues saines.

Toilette péritonéale. Fermeture de la paroi, celle-ci très vasculaire saigne beaucoup. Hémostase très soignée, deux plans profonds, suture cutanée au crin sans drainage.

Suites post-opératoires normales. Réunion per primam. L'enfant se lève au quinzième jour et sort au dix-septième.

Examen macroscopique de la pièce. — La tumeur est très volumineuse, elle pèse onze cents grammes, elle est allongée et le pédicule se trouve à la partie moyenne du plus grand diamètre. Dans la cavité abdominale, la masse était située obliquement de gauche à droite et de haut en bas.

Le grand diamètre mesure 25 centimètres.

Le petit diamètre transversal: 16 centimètres.

La surface est lisse dans toute la partie inférieure et droite qui est en rapport avec le pédicule dans lequel se trouvent de nombreux vaisseaux dilatés. Au-dessus et en avant de lui la trompe court sur la tumeur se dirigeant en haut et en dehors.

Dans la partie supérieure et gauche, la tumeur est plus irrégulière, on y reconnaît des nodosités et même des nodules aberrants de la masse principale.

A la coupe, on reconnaît deux parties: une partie périphérique très épaisse sur la convexité de la tumeur opposée au pédicule et plus mince au niveau de celui-ci. Cette masse périphérique est formée d'un tissu solide, jaune, comparable à du sarcome.

Au centre de cette partie solide, plus proche du pédicule, se trouve un deuxième tissu formé de kystes plus ou moins allongés contenant un liquide jaune citrin.

On trouve à la périphérie de la tumeur toute une série de lobules indépendants reliés entre eux par de fins tractus très vasculaires.

A la périphérie de la tumeur, la coupe a intéressé une capsule formée par la séreuse péritonéale, elle n'est que très faiblement unie au tissu sous-jacent par de fins tractus conjonctifs et vasculaires. Au-dessous de cette capsule, se voit, par transparence, l'agglomération des lobes de la tumeur séparés par des sillons plus ou moins profonds.

Examen histologique. — Plusieurs fragments de la tumeur ont été coupés. Dans son ensemble, on trouve à la périphérie, en certains points, des traces d'une capsule conjonctive et de cette capsule partent des travées assez épaisses formées de fibres conjonctives avec des cellules particulièrement abondantes sur les bords et des vaisseaux très dilatés à paroi épaissie. Ces travées s'enfoncent dans la profondeur de la tumeur, se divisent et se subdivisent en limitant ainsi une série de logettes de dimensions variables dans lesquelles se trouvent des éléments épithéliaux. Ceux-ci se présentent sous des aspects variables suivant les points considérés.

Dans un premier type, les éléments épithéliaux remplissent toute la logette paraissant nettement isolés des travées conjonctives; les éléments cellulaires constituent une couche régulière, uniforme, périphérique. Au milieu de cet amas, et d'autant plus nombreuses que cet amas est plus volumineux, on trouve des figures de pseudo-follicules formés par une rangée de cellules avec, au centre, une sorte d'exsudat. Certaines de ces figures de pseudo-follicules sont à peine ébauchées. Tout l'espace intermédiaire est occupé par une masse protoplasmique multinucléée. Dans quelques-uns de ces amas épithéliaux on ne retrouve plu trace de limites cellulaires, seule l'orientation des noyaux disséminés irrégulièrement ou disposés régulièrement soit en bordure soit en pseudo-follicules permet de retrouver la disposition ci-dessus décrite.

Ce premier type est surtout net vers les bords des morceaux prélevés sur la périphérie de la tumeur. Par place, on a l'impression d'avoir ainsi une série de petits kystes occupés par une énorme végétation.

En d'autres points nous ne retrouvons plus cette orientation aussi régulière : la couche bordante a disparu, les figures pseudo-folliculaires sont absentes, les noyaux et les cellules sont disséminés sans ordre aucun, proliférant en tous sens et pénétrant dans le tissu conjonctif.

Enfin, ailleurs, ces amas cellulaires sont en voie de dégénérescence et les noyaux difficilement colorables finissent aussi par disparaître.

En résumé, il s'agit bien là d'un épithélioma alvéolaire avec pseudo-follicules.

OBSERVATIONS RESUMEES (1) ET TRAVAUX CONSULTES

Observation II

J. Barris. *Proc. of th Roy. Soc. of Med.*, vol. V, sect. obst. and gyn., 1912.

Jeune fille de 16 ans, réglée à 15 ans régulièrement et normalement. Pas de grossesse.

Début il y a cinq mois (mai 1911) par une tuméfaction dure et mobile, ayant les dimensions d'une prune, dans la partie inférieure de l'abdomen et du côté droit.

Croissance rapide de cette tumeur sans douleur et sans que l'état général en soit affecté.

(1) Les chiffres arabes indiquent le numéro d'ordre des observations que nous avons empruntées à la monographie de MM. Massabuau et Etienne.

Palper: une tumeur solide située centralement et atteignant l'ombilic.

Opération: pratiquée le 13 septembre 1911. Ovariotomie double bien que l'ovaire gauche fut d'apparence absolument saine. L'ovaire droit formait une tumeur ovoïde, solide, de consistance élastique, pédiculée et pesant 5 livres. Pas d'adhérences sauf au pôle inférieur. Pas une goutte d'ascite. L'examen histologique démontre que l'ovaire gauche est également intéressé. Carcinome alvéolaire. Guérison opératoire. Pas de récidive un an après.

Observation III

(7) Bérent. Ueber maligne ovarialgeschwülste bei Kinden. *Thèse Berlin*, 1901, n 5

Jeune fille âgée de 11 ans. Début il y a cinq semaines par augmentation de volume du ventre. Constipation. Tumeur arrondie, mate, immobile, couchée dans le petit bassin. Ascite.

Le 2 avril 1900, ovariotomie simple, adhérences.

Récidive le 6 mai, mort en juin 1900.

Observation IV

(12). — Bonamy. Tumeur de l'ovaire chez une enfant de 5 ans *Paris chirurgical*, 1910, p. 987 à 1025

Observation V

(20). — Cestan. Carcinome de l'ovaire. *Toulouse médical*, 1906, p. 149.

Jeune fille de 18 ans; sans antécédents; réglée à treize ans, normalement.

Début, il y a quelques mois, par augmentation de volume du ventre.

Palper: grosse tumeur arrondie, ferme, non fluctuante, sous-ombilicale, solide. Pas d'ascite. Au toucher, utérus refoulé à gauche et indépendant. Etat général bon.

Diagnostic: tumeur de l'ovaire bénigne.

Opération le 9 novembre 1905. Double ovariotomie. Pas d'ascite. Guérison opératoire sans incident. Pas de récidive six mois après.

Observation VI

(23). — Chenot. Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de l'ovaire. *Thèse Paris*, 1911, n° 129

Jeune fille de 15 ans. Règles régulières. Début, il y a six à huit mois, par augmentation progressive du volume du ventre. Amaigrissement.

Opération le 15 janvier 1910. Hystérectomie abdominale, sus-vaginale, avec conservation de l'ovaire droit.

Guérison opératoire sans incident. Pas de récidive en août 1910. Cancer à cellules claires.

Observation VII

(33). — Demons. Cancer de l'ovaire. In *Thèse* Mlle Vigne, *loc. cit.*

Jeune fille de 17 ans, réglée à 14 ans, régulièrement. Début, il y a trois ans, par douleur dans le bas-ventre, à droite, puis tumeur du volume d'une noix, qui augmente progressivement. Tumeur indépendante de la paroi, lisse, non fluctuante. Utérus libre. Amaigrissement.

Diagnostic: tumeur solide de l'ovaire.

Ovariotomie unilatérale. Guérison opératoire. Pas de récidive deux mois après.

Carcinome typique.

Observation VIII

Desmaret et Masson. *Société d'anatomie*, décembre 1912, p. 448.

Jeune fille de 14 ans qui présente depuis six mois une tumeur abdominale ayant considérablement augmenté dans les dernières semaines. Etat général assez bon, mais pâleur. Appétit conservé.

Examen (7 novembre 1912) : tumeur occupant tout l'abdomen, uniformément dure, mobile transversalement et un peu de bas en haut. Absence de douleurs. Nodosité ferme et indépendante de la masse profonde, dans la paroi à deux travers de doigt du pubis. Pas d'ascite.

Diagnostic : tumeur solide de l'ovaire probablement maligne.

Opération : extirpation avec hystérectomie car l'utérus est adhérent. Fortes adhérences épiploïques et coliques. Nombreuses métastases ganglionnaires. Extirpation du nodule pariétal. Shock très marqué et mort quarante-huit heures après l'intervention.

Examen histologique : séminome.

Observation IX

(58). — Fournier. Tumeur maligne de l'ovaire. *Journal des praticiens*, 1904.

Jeune fille de 19 ans, réglée à treize ans, toujours régulièrement. Début par amaigrissement et augmentation de volume du ventre.

Tumeur de l'ovaire droit. Opération. Guérison après des accidents graves de septicémie.

Carcinome malin.

Observation X

(62). — Fritsch. Die Resultate meiner ovariotomien in 22 Jahren. *Zeits. f. geb. und gyn.*, 1905, Bd LV, p. 1 et *in* Bérent, *Thèse Berlin*, 1901.

Jeune fille de 14 ans, opérée pour cancer de l'ovaire droit; en vie huit ans après.

Observation XI

(63). — Fritz Michel. *Centralblatt f. Gyn.*, 1905, n° 14.

Jeune fille de 16 ans. Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Début il y a quelques semaines par une tumeur qui augmente peu à peu.

A l'examen: tumeur abdominale dure.

Opération le 18 décembre 1900. Hystérectomie en laissant les annexes gauches. Métastase dans le Douglas. Guérison opératoire.

Récidive inopérable en juin 1903. Mort le 17 juillet 1903. Chorio-épithéliome.

Observation XII

(67). — Gaudier. Tumeur surrénalienne de l'ovaire. *Echo médical du Nord*, 26 juillet 1908

Jeune fille de 14 ans. Début, il y a trois ou quatre mois. Tumeur mobile, lisse, régulière, accompagnée de ménorrhagies et de métrorrhagies. Seins et poils très développés. Intervention sans incident. Hypernéphrome.

Observation XIII

(72). — Glockner. Carcinome de l'ovaire à fonctions syncytiales. *Zeits. f. u. Gyn.*, t. LXXXIV.

Jeune fille de 19 ans. Mère morte d'un cancer du sein. Réglée à treize ans normalement.

Quatre semaines auparavant, vives douleurs abdominales et augmentation de volume du ventre.

Poussées fébriles, nausées, vomissements.

Diagnostic: tumeur ovarienne à pédicule tordu.

Ovariotomie unilatérale le 1er mai 1901. Mort, trois mois après de généralisation.

Observation XIV

(74). Grunert. Ovarialcarcinome. *Zeits. f. geb. u. gyn.*, 1910, t. LXVII, p. 479.

Jeune fille de 16 ans, non réglée. Début, il y a trois mois, par augmentation de volume du ventre.

Au palper: tumeur solide abdomino-pelvienne. Hystérectomie totale.

Observation XV

(76). — Hall. Carcinoma of the ovary. *Am. J. of gyn. and obs.*, 1908.

Jeune fille de 17 ans; clitoris hypertrophié; aspect masculin. Ovariotomie. Carcinome.

Observation XVI

(94). — Jouon. Tumeur maligne de l'ovaire droit chez une jeune fille de 13 ans. *Gaz. méd. de Nantes*, 1907, p. 12.

Tumeur volumineuse simulant une grossesse avancée.

Opération le 2 juillet 1907. Mort au trentième jour, de cachexie. Carcinome.

Observation XVII

(1-4). — Klebs. *Handbuch der Anat. Path.*, p. 73.

Jeune fille de 10 ans. Cancer de l'ovaire gauche. A l'opération, ascite sanglante.

Observation XVIII

(108). — Kouznetzki. Cancer of the ovaries in a girl 14 years old. *J. akush. i jensk. boliez,* Saint-Pétersbourg, 1903, p. 76-84.

Jeune fille de 14 ans. Douleurs et tumeurs dans le ventre. Crises douloureuses très vives pendant les derniers temps.

Double ovariotomie le 14 décembre 1901 ; cancer des deux ovaires. Guérison opératoire. Pas de récidive sept ans et demi après.

Observation XIX

(114). — *Id.*

Jeune fille de 16 ans. Début inconnu. Opération le 16 juin 1890. Ovariotomie unilatérale. Cancer de l'ovaire gauche. Récidive dans l'épiploon et de chaque côté de l'utérus. Mort par généralisation en juillet 1893.

Observation XX

(118). — Krükenberg. Ovarialcarcinom. *Berl. Klin. Woch.*, 15 octobre 1888.

Enfant de 8 ans. Début, il y a un an, par une tumeur. Ni douleur, ni ascite. Ovariotomie simple. Guérison opératoire.

Observation XXI

Lahey et Haythorn. *Am. J. of the med. sc.*, 1912, vol. 143, p. 257.

Ecolière de 11 ans ayant subi quatre mois plus tôt une appendicectomie avec ponctions de petits kystes des deux ovaires. Convalescence lente sans retour à l'état normal: pertes de forces, température irrégulière, douleurs du bas-ventre des deux côtés. Revue six semaines après pour tuméfaction douloureuse d'un genou, sans épanchement.

Début six mois plus tard par vomissements et tuméfaction abdominale. Douleurs épigastriques presque constantes. Emaciation progressive. Abdomen distendu par l'ascite. On trouve de plus, au niveau de l'estomac une tumeur dure, irrégulière et bosselée (gros grains de raisin).

Toucher vaginal impossible.

Diagnostic: péritonite tuberculeuse.

Laparotomie: écoulement d'une grande quantité de liquide louche. On trouve les deux ovaires hypertrophiés avec des masses nodulaires. Mêmes masses nodulaires au niveau de la grande courbure de l'estomac.

Opération incomplète par suite des nombreuses adhérences et des métastases.

Mort le vingt-huitième jour. Carcinome solide.

Observation XXII

(120). — Lannelongue. In *Thèse* Mlle Vigne, *loc. cit.*

Jeune fille de 19 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement; de santé frêle et délicate. Début, il y a trois ans, par légères douleurs; tumeur découverte par hasard il y a sept mois. Règles douloureuses.

Etat général bon. Quelques vomissements.

Ovariotomie unilatérale. Guérison opératoire. Squirrhe de l'ovaire droit.

Observation XXIII

(130). — Léopold. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894.

Jeune fille de 19 ans. Opération facile. Morte un an après de récidive.

Observation XXIV

(131). — *Id.*

Jeune fille de 18 ans, mal nourrie. Opération facile. Tumeur solide, pédiculée. Carcinome alvéolaire quatre ans après, pas de récidive.

Observation XXV

(132). — *Id.*

Jeune fille de 13 ans, opérée en février 1894. Douleurs abdominales en septembres 1893, augmentation de volume du ventre; amaigrissement en février. Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant.

Opération incomplète à cause des adhérences. Guérison opératoire. Récidive trois mois après.

Cancer alvéolaire.

Observation XXVI

(133). — *Id.*

Jeune fille de 11 ans. Cancer de l'ovaire gauche, de la grosseur d'une tête d'enfant.

Observation XXVII

Oliver. *Brit. Med. Surg. and Obst.*, 1917, p. 363

Jeune fille de 15 ans. Normalement réglée. Début par tuméfaction abdominale avec douleurs dans le bas-ventre, plus marquées vers le dos. Etat général assez mauvais.

Tumeur occupant le pelvis et remontant jusqu'à un pouce de l'ombilic, médiane, à contours réguliers. Pas d'ascite.

Ovariotomie simple à gauche : la tumeur a la grosseur d'une tête d'adulte avec pédicule épais et très vasculaire.

Ovaire droit sain en apparence. Squirrhe.

Observation XXVIII

(151). — Parry. Carcinoma of the ovary. *The Lancet*, 1907, t. II, p. 1607.

Jeune fille de 7 ans. Début par douleurs à Noël 1906. En février 1907, le ventre augmente rapidement de volume. A l'examen : tumeur.

Ovariotomie simple le 21 février 1907. Cancer de l'ovaire droit adhérent.

Guérison opératoire. Récidive en juillet 1907.

Observation XXIX

(152). — Pauchet. Ovariotomie chez une enfant de 2 ans. *Gaz. méd. de Picardie*, 1902,, p. 529-530.

Observation XXX

(156). — Pick. Das Epithelioma chorioektodermale, ein Beitrag zur Lehre von den congenital angelegten Geschwülsten. *Berl. Klin. Woch.*, 1904.

Fillette de 9 ans. Augmentation de volume du ventre, il y a trois semaines.

A l'examen, ascite libre. Vomissements, fièvre.
Opération incomplète à cause des adhérences.
Mort le dixième jour. Choro-épithéliome.

Observation XXXI

(158). — Prat. In *Thèse* Mlle Vigne, *loc. cit.*

Jeune fille de 17 ans. Réglée à 14 ans, normalement. Début par douleurs et tumeur, puis augmentation du volume du ventre.

A l'examen : tumeur.

Diagnostic : tumeur maligne de l'ovaire. Ovariotomie unilatérale. Guérison opératoire. Pas de récidive un an après. Cancer médullaire.

Observation XXXII

(165). — Rosonoff. Un cas d'ovariotomie chez l'enfant. *Roussky Vratch*, t. IX, n° 47, p. 1831 à 1833.

Fillette de 5 ans. Début par une tumeur constatée il y a quatre mois.

Ovariotomie, adhérences. Guérison opératoire.

Observation XXXIII

(218). — Section. *J. der path. institutes*, 1906.

Jeune fille de 17 ans. A l'autopsie : ascite, cancer du foie, cancer des deux ovaires.

Observation XXXIV

(223). — Stolypinski. Cancer de l'ovaire. *Soc. d'obst. et de gyn. de Saint-Pétersbourg*, 18 septembre 1903.

Tumeur solide de l'ovaire, enlevée chez une fillette de 8 ans, du volume des deux poings. Carcinome.

Observation XXXV

(237). — Weiss. *Ziegl. Beit. z. path. anat.*, 1898.

Jeune fille de 17 ans. Tumeur de l'ovaire. Ovariotomie. Enucléation incomplète à cause des adhérences. Mort trois jours après. Hypernéphrome.

Observation XXXVI

(242). — Vincent, *Lyon médical*, 1908, p. 644.

Jeune fille de 8 ans; cancer de l'ovaire gauche sans le moindre signe de généralisation. Extirpation simple. Récidive à 12 ans, au moment de la puberté. Deuxième opération. Guérison pendant un an. Réapparition des accidents et mort.

Dreyfus. — Tumeurs malignes primitives de l'ovaire. *Th. Paris*, 1907, n° 424.

Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie.*

Estor et Puech. — Traitement chirurgical du cancer de l'ovaire. *Revue de gynécologie*, 1900, IV.

Massabuau et Etienne. — Le cancer primitif de l'ovaire. *Revue de gynécologie*, n° 3, mars 1913.

— et Forgue. — Gynécologie, In *Traité Le Dentu et Delbet.*

Travaux et observations que nous n'avons pu nous procurer

Binaud. — Cancer primitif et volumineux de l'ovaire droit chez une jeune fille de 17 ans, guérison parfaite maintenue un an après l'ovariotomie. *Journal de médecine de Bruxelles,* 1894, XIV, 345.

Knott. — Ovarian carcinoma in a child aged eleven. *J. Am. méd. Ass.,* Chicago, 1915, LXIV, p. 1577.

Klauhammer. — Ueber Ovarialtumoren bei Kindern. *Iéna* 1912, thèse.

Piwowarski. — Ueber einen seltenen Fall von malignem Ovarialtumor bei einem Kinde. *Th. Breslau,* 1905.

CONCLUSIONS

I. — L'étiologie parfaitement obscure ne permet d'invoquer ni le traumatisme, ni les troubles de la menstruation pas plus que l'hérédité cancéreuse ou tuberculeuse que nous relevons une seule fois. Nous remarquons, par contre, la fréquence relative de l'affection au moment de la puberté et dans le cours de la vie génitale.

II. — Les symptômes du début: douleur, augmentation de volume du ventre sont peu significatifs.

L'aménorrhée signalée chez les sujets d'âge plus avancé serait plutôt remplacée ici par des métrorrhagies ayant quelquefois le caractère d'une menstruation précoce d'autant qu'elles coïncident avec un développement précoce des seins et des poils.

Chez les jeunes, la croissance de la tumeur se ferait assez rapidement et elle aurait ainsi moins de tendance à contracter des adhérences nombreuses comme celà se voit chez les sujets plus âgés.

III. — Le diagnostic exact est particulièrement difficile sinon impossible, l'erreur est facile avec la péritonite tuberculeuse et les tumeurs bénignes.

IV. — L'intervention de choix nous paraît être ici, non l'hystérectomie, beaucoup trop shockante pour des enfants,

mais l'ovariotomie double alors même que le second ovaire serait d'apparence saine.

V. — La bilatéralité immédiate semble être exceptionnelle chez les jeunes, mais il n'est pas possible d'attribuer une prédominance d'atteinte à l'ovaire du côté droit ou gauche.

Macroscopiquement, c'est le cancer solide qui l'emporte, ici encore, et de beaucoup, sur les formes pseudokystiques et kystiques qui en seraient un stade évolutif.

A l'examen microscopique le carcinome alvéolaire s'est montré dans la grande majorité des cas.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 9 avril 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 9 avril 1 20.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!